

Establecimiento que envía la(s) muestra(s)

Nombre del establecimiento	N° Unidad Programática CCSS
----------------------------	-----------------------------

Establecimiento de salud al cual se reportan los resultados

() Hospital _____	() EBAIS _____
() Área de Salud _____	() Establecimiento privado u otro _____

Datos del paciente

Identificación: N° Pasaporte _____ N° cédula _____ residencia _____ Otro: N° Expediente _____ N° Autopsia _____ Sin identificación _____	Nombre Paciente: _____ Primer apellido Segundo Apellido Nombre completo
Nacionalidad (país): () Costarricense () Extranjero: País: _____	¿Ha viajado en el último mes?: No () Si () Dentro del país, lugares visitados: _____
Dirección del Paciente: _____ Provincia Cantón Distrito Barrio – Caserío	Otras señas: (Dirección exacta) _____
Ocupación: _____	Lugar de trabajo / Centro de estudio: _____
Condición del paciente: Hospitalizado: () no () sí Servicio: () Emergencias () UCI () Salón General () Aislamiento Fallecido: () si, indicar fecha de defunción: _____ (DD-MM-AAAA)	Factores de riesgo: () Asma () Cardiopatía () Diabetes () EPOC () HTA () Embarazo () Inmunosupresión () Personal de Salud () Ventilación mecánica () Reside en zona indígena () Obesidad mórbida () Otros, <i>especifique:</i> _____

Diagnóstico presuntivo

() Dengue	() Brucelosis	() Inf. Resp. Aguda Grave (IRAG)	() Enfermedad diarreica aguda	() Enf. de Chagas agudo	() Tuberculosis	() Enfermedad de Hansen
() Leptospirosis	() Parálisis flácida aguda	() Enfermedad tipo Influenza (ETI)	() Cólera	() Enf. de Chagas crónico	() Caso nuevo	() Caso nuevo
() Sarampión	() Meningitis/encefalitis viral	() Neumonía/ Bronconeumonía	() Intoxicación alimentaria	() Sepsis/septicemia	() Recaída	() Control de tratamiento(__ meses)
() Rubéola/SRC	() Virus del Nilo Occidental	() Bronquiolitis	() Parasitosis intestinal	() Síndr. pulmonar p/ Hantavirus	() Traslado después de la pérdida en seguimiento	() Paciente incumplidor
() Malaria	() Meningitis bacteriana	() Tos ferina/Sindr. tosferinoso	() Angiostrongilosis	() Ántrax	() Traslado entrante	() Caso resistente
() Chikungunya	Otro: _____				() Otros previamente tratados	
					() Historia desconocida de tratamientos previos	

Signos y síntomas

Sintomático: () no () sí <i>Indique, Fecha de inicio de síntomas</i> _____ (DD-MM-AAAA) y marque los signos/síntomas del paciente:					
() Fiebre	() Escalofríos	() Vómitos	() Tos	() Convulsiones	() Chagoma de inoculación
() Erupción / rash	() Dolor de cabeza	() Deshidratación	() Dificultad respiratoria	() Signos meníngeos	() Ataxia y/o Síndr. Guillain Barre
() Artralgias	() Ictericia	() Deposiciones muco-sanguinolentas	() Apnea	() Eosinofilia ≥20%	() Poliradiculoneuritis
() Mialgias	() Dolor abdominal	() Deposiciones acuosas	() Insuficiencia cardiaca	() Signo de Romaña	() Otros, <i>especifique:</i> _____
Hay otras personas con síntomas similares en: () Casa () Centro de estudio () Trabajo () Otro <i>Especifique:</i> _____					
Antes de recolectar la muestra el paciente recibió: () Antibióticos () Antiparasitarios () Antivirales <i>Especifique</i> _____					

Historia vacunal relacionada con el evento

Vacuna(s) relacionada(s) con el evento	Número de dosis	Fecha de última dosis (DD-MM-AAAA)
		____/____/____
		____/____/____

Exámenes que solicita al INCIENSA*:
Datos de la(s) muestra (s) (Completar en el laboratorio Clínico que envía)

N° de muestra cliente	Fecha de toma de la muestra (DD-MM-AAAA)	Días de evolución desde el inicio de síntomas	Origen de muestra
			Indique si la muestra es: sangre, suero, aspirado nasofaríngeo, aspirado o secreción bronquial, hisopado faríngeo, heces, hisopado fecal en medio de transporte, contenido de intestino delgado, contenido de intestino grueso, jugo gástrico, LCR, líquido articular/sinovial, líquido pleural, líquido pericardio, absceso, secreción de oído, secreción de ojo, secreción vaginal, secreción uretral, tejido(especificar) o biopsia, otro (especificue)
Observaciones:			
Responsable solicitud/código		Firma:	Fecha de solicitud:

El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución**. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos

Instrucciones de llenado

Establecimiento que envía la muestra

Nombre del establecimiento: Indicar el nombre del laboratorio de donde procede la muestra. *Ej. Laboratorio Hospital Max Peralta*
Indicar el tipo de establecimiento según corresponda: hospital, área de salud, EBAIS o establecimiento privado

Datos del paciente

Identificación: Anotar el número de cédula del paciente con el siguiente formato # ####-####.

Si el paciente no posee cédula marque la casilla Otro y seleccione la casilla para anotar la identificación disponible (ya sea pasaporte, N° autopsia, etc.)

Nombre del paciente: Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

Sexo: Marque la casilla que corresponda

Fecha de nacimiento: Indique la fecha con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

Nacionalidad: Marque la casilla que corresponda según la nacionalidad del paciente, si es extranjero anote el país de procedencia.

¿Ha viajado en el último mes? Marque la casilla según corresponda, si ha viajado indique el lugar o país respectivamente y anote la fecha del retorno al país o lugar de residencia con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

Dirección del paciente: Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de residencia del paciente. Otras señas: anote la dirección exacta del domicilio del paciente.

Teléfonos: Anote el número de teléfono de la residencia del paciente, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar al paciente. En caso de menores de edad anote el teléfono de sus padres o responsable.

Ocupación: Anote la ocupación a la que se dedica habitualmente el paciente. Lugar de trabajo o Centro de estudio: Anote el lugar de trabajo o Centro de estudio donde trabaja o estudia el paciente

Condición del paciente: Marque la casilla que corresponda, si es un paciente vivo indique si está hospitalizado, si es un paciente fallecido indique la fecha de defunción con el formato (DD-MM-AAAA)

Factores de riesgo: Indique los factores de riesgo que presenta el paciente

Diagnóstico presuntivo: Anote el diagnóstico que se presume en el paciente

Si el paciente tiene tuberculosis especifique tipo de caso.

Signos y síntomas

Indique si el paciente está asintomático o sintomático: si presenta algún síntoma, indique la fecha de inicio con el formato (DD-MM-AAAA)

Si el paciente está sintomático marque los síntomas que presenta (puede ser más de uno)

Si hay otras personas con síntomas similares a los que presenta el paciente, indique el lugar

Anote si el paciente recibió antibióticos antes de la toma de la muestra y especifique cuales antibióticos recibió

Exámenes que solicita a INCIENSA

Anote el o los exámenes que requiere que el INCIENSA le procese a esta muestra

Datos de la muestra (Debe ser llenada por un microbiólogo)

Esta información es fundamental para un adecuado procesamiento e interpretación de los resultados.

Si el paciente posee más de una muestra, anote cada muestra en una fila con la información requerida en cada columna

Observaciones: Si desea destacar alguna información adicional que considere importante con relación a la muestra o al paciente, anótela en este espacio.

Anote el nombre del responsable de la solicitud, su código profesional, firma y fecha en que se realiza la misma.

El siguiente espacio es exclusivo para pegar etiquetas de la muestra, incluir sellos y otras observaciones

**Los análisis que el INCIENSA realice a la (s) muestra (s) corresponden a los establecidos en los procedimientos, normas o guías de Vigilancia Epidemiológica, por lo que el ensayo realizado no necesariamente corresponde al solicitado por el usuario.*

****http://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones_Normas.aspx**